

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

année 1920

THÈSE

254
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules MACÉ

Né le 28 Avril 1882, à La Pressenaye,
Ancien Interne de l'Hôpital de St-Denis.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DE LA

RÉTENTION DES RÈGLES

PAR ATRÉSIE

DE L'HYMEN, DU VAGIN OU DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. LEJARS Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

POUR LE

No
254

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules MACÉ

Né le 28 Avril 1882, à La Pressenaye,
Ancien Interne de l'Hôpital de St-Denis.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DE LA

RÉTENTION DES RÈGLES

PAR ATRÉSIE

DE L'HYMEN, DU VAGIN OU DU COL DE L'UTÉRUS



Président : M. LEJARS *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Phimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Pactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEU-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

Maréchal des Logis au 50^e Régiment d'Artillerie,
Cité à l'Ordre du jour de la 60^e Division d'Artillerie,
Tué à l'ennemi le 17 Février 1915.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

AU DOCTEUR MICHEL

Médecin des Hôpitaux de Paris.

*Qui a, avec beaucoup de bienveillance,
guidé mes premiers pas en médecine.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES CHEFS DE SERVICE

PENDANT MON INTERNAT A L'HÔPITAL DE ST-DENIS (SEINE)

AVANT-PROPOS

Pourquoi ai-je choisi ce sujet de thèse?

Parce que le hasard a voulu que j'en observe personnellement un cas ; parce que les erreurs de diagnostic de cette affection peuvent avoir des conséquences très graves, même fatales pour la malade ; que ces erreurs sont, comme on va le voir, relativement fréquentes, non pas que le diagnostic soit difficile, mais parce qu'on n'y pense pas ; et j'aurai le sentiment d'avoir fait œuvre utile si cette thèse, qui n'a pas d'autre prétention, pouvait contribuer à attirer l'attention sur cette affection ; le but visé est essentiellement pratique, aussi les notions théoriques seront-elles à dessein réduites au strict minimum nécessaire à la compréhension du sujet.



PLAN

Le plan de ce petit travail nous a été dicté par la conviction que les observations sont, en pathologie humaine, le livre de la nature, celui qu'il faut lire, étudier et comprendre pour en tirer tout l'enseignement qu'il comporte ainsi que des conclusions pratiques.

Nous commencerons par résumer la pathogénie de la rétention des règles, puis par l'exposé des observations que, grâce à de longues et laborieuses recherches, nous avons pu glaner dans la littérature médicale française et étrangère, et ensuite en nous basant sur elles, nous étudierons successivement le diagnostic, le traitement et le pronostic de l'affection qui nous occupe.

Nous terminerons par une étude sur la constitution histologique de la membrane obturante et l'analyse cytologique et chimique du liquide retenu dans deux cas d'hématocolpos.

Enfin, nos conclusions.



PATHOGÉNIE DE LA RÉTENTION DES RÈGLES

Résumons en quelques mots la pathogénie de la rétention des règles :

Par suite d'un arrêt ou d'un vice de développement des canaux de Muller ou du sinus urogénital, ou plus rarement consécutivement à une blessure du vagin (plaies, accouchements, etc.), les voies génitales peuvent être obstruées en différents endroits : au niveau de l'hymen, en un point quelconque du vagin, du col utérin, à la base de la corne utérine ou à la naissance de la trompe.

Avant la puberté, ces anomalies ne donnent lieu, en général, à aucun symptôme : mais quand la menstruation s'établit, le sang menstruel et les sécrétions muqueuses s'accumulent au-dessus de l'obstacle où ils constituent une masse de sang noirâtre qui forme tumeur et provoque des douleurs au moment de la menstruation d'abord, puis continues. L'accumulation de ce sang dans le vagin constitue l'hématocolpos ; dans l'utérus, l'hématométrie ; dans la trompe, l'hématosalpinx.

Quand l'hymen est imperforé, ou quand il y a atrésie de la portion inférieure du vagin, il peut y avoir coexistence d'hématocolpos, d'hématométrie, d'hématosalpinx, par suite de la distension successive du vagin, de l'utérus, de la trompe.

La rétention des règles peut coexister avec d'autres malformations de la sphère génitale : utérus unicorne, utérus bicorné double, utérus bicorné unicervical, utérus arqué, utérus cloisonné complet ou incomplet ; enfin utérus didelphe, constitué en réalité par deux utérus indépendants ayant chacun leur annexe et leur vagin distincts ; dans ce cas, l'hématocolpos ou l'hématomètre peuvent exister d'un seul côté.



OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1 (Personnelle). — Mlle G..., 17 ans, Saint-Denis (Seine). A l'âge de 13 ans, la malade a ressenti une douleur sourde, diffuse dans toute la région abdominale, qui dura environ une heure.

Depuis cette époque, elle ne ressentit plus que de vagues malaises de temps à autre jusqu'à l'âge de 17 ans, en Avril 1918, date à laquelle elle éprouva de violentes douleurs au niveau de la région sus-pubienne, de la fosse iliaque et du flanc droits; douleurs sourdes, continues, avec parfois des crises plus aiguës; elle avait en outre beaucoup de difficulté à uriner, et malgré ses efforts, l'urine ne coulait que goutte à goutte ou pas du tout.

Elle consulta alors le Docteur D..., à qui elle raconta qu'elle n'avait jamais été réglée, qu'elle souffrait dans le bas-ventre d'une façon presque continuelle, avec des crises plus fortes survenant à intervalles d'environ un mois, qu'enfin elle ne pouvait uriner.

Le Docteur D..., la sonda, lui ordonna de la poudre d'ovaires pour faciliter la menstruation. Un mois plus tard, en Mai 1918, nouvelle crise de douleurs et de rétention d'urine qui l'oblige à consulter de nouveau le Docteur D..., lequel la sonde encore et lui ordonne une potion, des cachets et des bains. Cette médication fut inefficace, et les crises se succédaient toujours à intervalles réguliers que la malade précise avoir été de 28 jours; la difficulté d'uriner persista également, mais sans rétention complète d'urine.

En Janvier 1919, survient une crise plus violente encore que les précédentes, avec rétention d'urine; la malade consulte une troisième fois le Docteur D..., à qui elle fait remarquer qu'elle sent à la main une grosse tumeur dans le bas-ventre, et une autre plus petite, « qu'elle pouvait prendre, dit-elle, dans sa main, » au niveau de la fosse iliaque droite.

Le Docteur D..., la sonda, la palpa et orienta son diagnostic vers l'appendicite.

L'état de la malade resta sans changement jusqu'à la fin de Mars 1919, date à laquelle la crise fut si violente que la malade demanda à être opérée, déclarant « que pendant l'opération, elle ne pourrait pas souffrir davantage qu'au moment de ses crises ». Elle parlait de se suicider. Le Docteur D..., consulté, la fit admettre à l'hôpital de Saint-Denis, le 31 mars 1919, avec le diagnostic d'appendicite.

En ma qualité d'Interne du Service, où elle était admise, j'interrogeai la

malade sur ses crises, et, elle me raconta avec beaucoup de netteté, toute son histoire précitée.

Je fus frappé de ce que cette jeune fille de 17 ans, avec ses couleurs rosées, avec sa bonne mine de prospérité, n'avait jamais été réglée, de cet intervalle régulier d'un mois et même de 28 jours précisé par la malade, entre les crises, de cette difficulté d'uriner continuelle allant même jusqu'à la rétention complète pendant les crises, et comme j'avais présents à l'esprit les deux cas analogues si magistralement décrits par le Professeur Lejars, dans sa *Chirurgie d'Urgence*, p. 608, j'orientai mon diagnostic vers celui d'hématocolpos.

A l'examen de l'abdomen, la palpation révélait l'existence d'une grosse tumeur, à contours arrondis, s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à concavité inférieure. Au-dessus d'elle, on sentait une petite tumeur, de consistance ferme, sensiblement plus volumineuse qu'un utérus normal, et qui était sans aucun doute l'utérus distendu.

A droite, au niveau de la fosse iliaque, se trouvait une petite tumeur, celle que la malade elle-même « pouvait sentir et prendre dans sa main », et qui était la trompe droite distendue, ayant les dimensions d'une petite orange.

A l'examen local, une membrane blanchâtre, de consistance fibreuse, ayant 6 centimètres de diamètre, bombait à l'entrée de la vulve, dont les grandes et les petites lèvres étaient normalement conformées. On sentait au doigt la présence du liquide derrière cette membrane. Le toucher rectal décelait l'existence d'une tumeur kystique en avant du rectum. Le diagnostic d'hématocolpos était confirmé. Je fis transporter la malade à la salle d'opération. Soins préparatoires habituels (Observations n^{os} 6 et 5) : incision étroite de la membrane. Un jet de sang brun-chocolat s'échappa avec force, puis l'écoulement devint plus lent. Mon collègue, Dassonville, exprima à ce moment et avec douceur l'abdomen, et il déclara sentir nettement fondre entre ses doigts successivement la tumeur la plus volumineuse, qui était le vagin distendu, celle qui la surplombait, qui était l'utérus distendu, et enfin la trompe droite ; je prolongeai légèrement l'incision de l'hymen. Quand l'écoulement du sang eut cessé, injection de deux litres d'eau bouillie. Pansement pour protéger le vagin et la vulve. Respectant l'hymen pour des raisons extra-chirurgicales, je fis un toucher rectal qui ne me permit pas de trouver l'utérus.

Soins consécutifs : pendant 4 jours consécutifs, une injection vaginale avec la solution Tarnier. Température normale ; pouls à 72. La malade guérie quitta l'hôpital le 12 Avril 1919.

J'ai revu la malade le 31 Janvier 1920 ; elle se porte très bien avec menstruations régulières, sauf un mois où elle a eu deux fois ses règles. L'écoulement dure cinq jours environ. Le toucher rectal révèle la présence de l'utérus en situation normale.

Observations d'hématocolpos par W. Bell M. D.

(*Proc. Roy. Soc. Med. London, 1910-1911, IV Obst. Gyn. Sect. 233-244*).

OBSERVATION n^o 2. — P. D., âgée de 18 ans, admise le 4 Mai 1909 ; la malade n'avait jamais été réglée et se plaignait de sévères crises de douleurs

et du gonflement progressif de son ventre; pendant les trois derniers mois, la douleur avait été très forte, sous forme de crampes pendant quelques heures, et cela à intervalles réguliers d'un mois; il y avait aussi de la dysurie pendant ces périodes; à l'examen de l'abdomen, on constatait une tumeur centrale émergeant du bassin et atteignant l'ombilic; à la palpation, un petit corps dur pouvait être senti : c'était l'utérus surmontant le vagin distendu. La tumeur n'était pas sensible à la palpation; en ouvrant les lèvres du vagin, on voyait l'occlusion de l'orifice par une membrane bombée; à un examen attentif, l'hymen était complètement visible, avec ses parties périphériques tendues circulairement.

L'opération fut faite le 6 Mai; la membrane fut incisée et environ 3 pintes (1 pinte = 57 centilitres) d'un liquide épais, couleur chocolat, fut évacué. Après l'évacuation, on essaya de voir ou de sentir le col, mais il était trop élevé. On irrigua le vagin avec de l'eau stérile et on y plaça un drain entouré de gaze. Le vagin était encore spacieux et le col hors d'atteinte.

Suites opératoires, Juillet 1910 : la malade est régulièrement réglée depuis l'opération; l'orifice vaginal est une ouverture circulaire admettant le doigt avec difficulté; le col est aisément atteint et l'utérus est en position normale.

OBSERVATION n° 3. — C. T., âgée de 15 ans, fut admise le 9 Mai 1910. La malade n'avait jamais été réglée et se plaignait de rétention d'urine; depuis 5 mois, la difficulté d'uriner allait en s'accroissant. A l'examen de l'abdomen, on sentait une vaste tumeur centrale émergeant du bassin et s'étendant environ à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Sur le sommet de cette tumeur et à gauche de la ligne médiane, une autre petite tumeur, l'utérus qui était perçue. En écartant les lèvres, une mince membrane bleuâtre apparaissait bombant à l'orifice vaginal. L'hymen s'insérait à la périphérie où la membrane devenait plus résistante.

L'opération fut faite le 10 Mai et 4 pintes d'un liquide couleur chocolat furent évacuées. Le vagin fut ensuite irrigué avec de l'eau stérile; le col était si haut qu'on ne pouvait ni le voir, ni le sentir. La malade quitta l'hôpital le 23 Mai.

Suites opératoires : deux semaines plus tard, on trouva le vagin considérablement rétréci et on pouvait déjà sentir le col. Deux mois plus tard, la malade racontait qu'elle avait eu deux menstruations normales, mais refusa d'être réexaminée.

OBSERVATION n° 4. — A. S., âgée de 15 ans, fut admise à l'hôpital de femmes Chelsea le 7 Février 1911; elle s'était plainte d'accès de légères douleurs survenant à intervalles réguliers; les douleurs n'ont jamais été fortes; le samedi 4 Février, elle eut une crise de mêmes douleurs, surtout dans la partie basse de l'abdomen; elles durèrent 20 heures et furent accompagnées d'une rétention d'urine complète. On la sonda et ensuite la douleur fut apaisée et ne revint plus, malgré la persistance d'un certain malaise.

A l'examen, on trouva une tumeur fluctuante mal définie dans la région hypogastrique; sur le sommet de cette tumeur et incliné du côté gauche était un petit corps solide : l'utérus; l'appareil génital externe était normalement développé, à l'exception de l'hymen; celui-ci formait une membrane obstruant complètement l'entrée du vagin; sa partie antérieure était trans-

lucide, montrant clairement la couleur foncée du liquide retenu ; au toucher rectal, on sentait une tumeur ferme, rénitente, qui en réalité remplissait la cavité pelvienne. L'hymen fut sectionné sur la ligne médiane et chaque lambeau latéral enlevé ; une demi-pinte environ de liquide foncé, couleur chocolat, visqueux, s'écoula ; on donna une copieuse injection avec une solution saline stérile jusqu'à ce que tout le liquide retenu fût chassé ; à l'examen, on trouva l'orifice externe du col fermé et on ne put découvrir de signe de dilatation ni de l'utérus, ni des trompes.

OBSERVATION n° 5. — Professeur Lejars (*Chirurgie d'Urgence*), page 608.

Une jeune femme de 17 ans nous est adressée, à l'hôpital Tenon, pour des douleurs abdominales très aiguës, qui ont débuté brusquement il y a deux jours, qui occupent l'hypogastre et les fosses iliaques, s'accompagnant de nausées et d'une tension particulière du ventre : elles ont fait penser à l'appendicite.

Or, l'examen montre ce qui suit : au palper abdominal, on découvre une volumineuse tumeur arrondie, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, et surmontée par une sorte de prolongement beaucoup plus étroit, dure et cylindroïde ; elle est très tendue, fluctuante pourtant dans la profondeur, et se laisse prendre et un peu mobiliser latéralement entre les deux mains.

On ne trouve pas d'orifice vaginal : les grandes lèvres sont écartées et, entre elles, une voussure noirâtre dessine un relief très tendu, dur aussi, mais en continuité manifeste avec la poche abdominale et limité par une membrane qui ferme complètement le vagin dans la zone hyménéale.

Nous avons donc affaire à une rétention menstruelle derrière un hymen imperforé, à un hématoocolpos.

La malade, mariée depuis six mois (!) n'avait jamais eu ses règles ; quelques coliques passagères chaque mois, dont la signification lui était, du reste, tout à fait inconnue, étaient les seuls troubles qu'elle accusât ; pourtant dans les derniers mois, et surtout depuis le mariage, les douleurs menstruelles étaient devenues plus marquées et plus durables, mais jamais elles n'avaient atteint l'acuité présente. Séance tenante, après soigneuse « préparation » de la région vulvo-périnéale, je plongeai un bistouri étroit au centre de la membrane et je pratiquai sur la ligne médiane une incision courte, de 1 centimètre environ, qui donna issue à une grande quantité de sang noir, épais ; finalement, j'élargis un peu mon incision et l'évacuation acheva de se faire ; la tumeur abdominale avait disparu et l'on sentait, au-dessus de la symphyse, l'utérus abaissé et de volume normal. Une injection d'eau stérile chaude termina l'intervention et une courte mèche fut laissée à l'entrée du vagin, dûment recouverte et enveloppée. Toute douleur cessa aussitôt et la malade quitta l'hôpital, guérie, au bout d'une dizaine de jours.

OBSERVATION n° 6. — Professeur Lejars (*Chirurgie d'Urgence*), p. 608.

J'ai eu l'occasion de répéter pareille opération, le 20 Décembre 1906, chez une jeune fille de 18 ans, qui présentait une énorme tumeur du ventre, remontant jusqu'à l'ombilic, et plus saillante à droite ; le vagin était, là aussi, imperforé au niveau de l'hymen et une volumineuse poche tendue soulevait la membrane limitante. Ici, on ne réveillait qu'une médiocre sensibilité au palper abdominal ; la jeune fille n'avait jamais eu que des coliques

assez fortes et quelques malaises brefs au moment des époques; elle avait vu croître peu à peu la tumeur abdominale. Je fis, cette fois encore, une très courte incision au centre de la membrane : il sortit un jet de sang noir dont je me gardai d'ailleurs de précipiter l'expulsion par une pression sur le ventre; quand l'énorme poche se fut de la sorte assez lentement réduite, j'agrandis un peu l'orifice; le reste de la collection sanguine se vida; un lavage fut pratiqué à l'eau stérile tiède et une petite lamelle laissée dans l'incision. La guérison eut lieu sans incident.

Pour rares qu'elles soient, ces rétentions menstruelles par imperforation vaginale ne demandent pas moins à être bien connues : il faut savoir à quels dangers elles exposent et dans quels cas il est sage d'intervenir sans le moindre retard; il convient d'être prévenu des détails de la technique à suivre.

Les deux cas que j'ai rapportés en exemple étaient dûs à l'imperforation hyménéale ou rétro-hyménéale : c'est la forme la plus commune. La distension porte alors, le plus souvent, sur le vagin seul; derrière l'hématocolpos, le col utérin se dilate plus ou moins, mais l'utérus reste indemne. Ailleurs, la cavité utérine se laisse aussi distendre (hématométrie); enfin la rétention mensuelle peut également occuper les trompes, donnant lieu à des hématosalpinx, de dimensions parfois considérables.

En présence d'un hématocolpos par imperforation basse du vagin, il faut toujours penser à l'éventualité de ces rétentions profondes; on recherchera l'utérus au niveau du pôle supérieur de la poche sus-pubienne : s'il n'est pas distendu, on pourra le reconnaître plus ou moins nettement, sous la forme d'un prolongement étroit et dur, médian ou dévié d'un côté ou de l'autre.

En pareil cas, l'utérus étant normal, il y a des chances pour que les trompes ne soient pas, non plus, distendues, mais des chances seulement, l'hématosalpinx ne procédant pas exclusivement du reflux sanguin, mais aussi des hémorragies, sur place, de la muqueuse tubaire.

Or, ces hématosalpinx aggravent toujours le pronostic; c'est, en effet, sur eux que portent le plus souvent les ruptures, spontanées ou post-opératoires, comme nous allons le voir.

La rupture intra-péritonéale, sur tel ou tel segment du canal génital dilaté, est un des principaux dangers des rétentions menstruelles : aussi, lors d'énormes poches, très tendues et d'accroissement rapide, l'intervention immédiate devient-elle une mesure de prudence; les douleurs et les réactions abdominales sont une indication de plus. Ajoutons qu'un autre danger des hématocolpos, c'est l'infection, qui peut succéder, par exemple, d'une fissuration étroite de la membrane décline limitante; elle est particulièrement redoutable dans ces vastes foyers sanguins, surtout lors d'hématométrie et d'hématosalpinx; il convient de s'en garder avec le plus grand soin, lorsqu'il intervient.

Ce serait donc une erreur de formuler en termes trop brefs l'intervention et de dire simplement : incisez l'hymen imperforé et videz la poche; bien qu'il se réduise, en fait, à ces deux termes élémentaires, l'acte opératoire n'en exige pas moins des précautions particulières et une technique précise. Tout d'abord, il doit être conduit avec une asepsie rigoureuse : la vulve sera rasée, savonnée, détergée à l'alcool, à l'eau tiède, comme s'il s'agissait de faire une hystérectomie vaginale. Ne ponctionnez jamais au trocart,

incisez au bistouri, sans oublier que la membrane est d'épaisseur assez variable; mais que la brèche doit d'abord être très courte (un centimètre), pour prévenir l'issue trop brusque du contenu. Videz la poche avec lenteur, laissez-la s'affaisser doucement et progressivement; alors seulement qu'elle se sera réduite des deux tiers, agrandissez votre incision : rappelez-vous, en effet, que vous ne savez jamais, de façon certaine, si deux gros hémato-salpinx ne sont point annexés à la tumeur principale, et que, lors de l'évacuation trop rapide et d'abaissement trop brusque de l'utérus, les poches tubaires tiraillées peuvent se rompre (1).

Donc, procédez sans hâte à ce premier temps. Pour le compléter et dûment extraire toute la bouillie sanguine, une injection à l'eau stérilisée chaude sera de bonne pratique; sans faire de tamponnement, laissez à l'entrée du vagin une lamelle aseptique, chiffonnée, et tenez la vulve bien garnie.

OBSERVATION n° 7. — Docteur Dujarrier, chirurgien (*Hôpital Boucicaut*). Mlle M. Georgette, 14 ans, entrée le 24 Janvier 1920, opérée le 29 Janvier 1920. La petite malade est une écolière de quatorze ans, fille unique, qui déclare que depuis un an elle était triste; elle déclare qu'elle « s'ennuyait » sans aucune raison et elle ne sait pas pourquoi; pendant les récréations, elle s'asseyait pour causer. Depuis un an, elle se plaint aussi de maux d'estomac; depuis un mois seulement, elle avait beaucoup de difficulté à uriner; elle urinait peu à la fois, et il lui arrivait souvent d'avoir besoin d'uriner sans pouvoir y arriver malgré tous ses efforts.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ni familiaux; on note seulement la forme ogivale du palais. Depuis un mois, elle a commencé à ressentir dans tout le bas-ventre des douleurs sourdes, intermittentes, durant une heure, cessant pendant deux heures pour recommencer ensuite, douleurs non influencées par l'effort.

Depuis le 15 Janvier, ces douleurs sont devenues plus vives, plus aiguës que des coliques ordinaires, dit la malade, apparaissant par intervalles de deux à trois heures, sans irradiations; ces douleurs persistantes ont décidé la malade à entrer à l'hôpital, où elle a été opérée avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse et iléo-cæcale.

Opération. — On intervient pour tumeur de la fosse iliaque droite. Diagnostic fait : Tuberculose péritonéale ou iléo-cæcale. Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, on est surpris de trouver du liquide noirâtre (raisiné) et le grand épiploon infiltré de sang. On croirait qu'il s'agit d'un hématocele. La tumeur perçue dans la fosse iliaque droite est l'utérus, refoulé par une grosse masse située entre lui et la vessie. Le sillon de séparation entre cet organe et la tumeur est très net. Aussitôt on reconnaît un hémato-colpos confirmé par ponction capillaire exploratrice.

Fermeture de la paroi en trois plans. Agrafes et crins sous la peau.

On installe ensuite la malade en position gynécologique.

(1) On ne saurait oublier que sur 65 cas de gynatrésies avec hémato-salpinx, M. Fuld relevait 48 morts, dont 39 morts post-opératoires. Si l'incision de l'hémato-colpos était suivie d'accidents laissant croire à une rupture (et du reste, analogues à ceux de la rupture tubaire, lors de la grossesse ectopique), la laparotomie devrait être pratiquée d'urgence.

Deux écarteurs de Farabeuf ouvrent le vestibule du vagin; on aperçoit, par transparence, la masse hématique juste en avant du rectum. Incision : évacuation d'une collection de liquide noirâtre. Lavage. Nettoyage à la compresse d'une énorme cavité. Mèche.

La malade est encore en traitement.

OBSERVATION n° 8. — Imperforation de l'hymen. Hématocolpos. Hématométrie. Hématosalpinx. Torsion du pédicule des trompes par Paul Morely, interne des Hôpitaux. (Service de M. Chaput). (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1898, XII, p. 619).

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, entrée le 4 Juillet 1898, salle Delessert. Les antécédents héréditaires sont nuls; son père et sa mère vivent et se portent très bien. Elle a cinq frères ou sœurs, tous en parfaite santé; il n'y a dans la famille, aucune malformation génitale. Quant à elle, elle n'a jamais été réglée. Nous ne relevons dans ses antécédents personnels aucun fait digne d'être signalé. Il y a trois ans, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans (Mai 1895), notre malade eut pendant quelque temps des douleurs vagues dans le ventre. Ces douleurs se renouvelèrent le mois suivant; elles étaient un peu plus vives, puis tous les mois, à époques fixes, ces phénomènes se renouvelaient en même temps que la malade remarquait une augmentation de volume du ventre. Tous ces symptômes duraient au début une huitaine de jours, mais cette durée alla en progressant par la suite, de telle sorte qu'à l'heure actuelle c'est pendant une quinzaine de jours que la malade se plaint de son ventre.

Actuellement, voici ce que nous constatons :

A l'inspection, le volume du ventre paraît considérablement augmenté. Il fait une saillie allongée et ressemble, à première vue à la saillie que provoque un gros utérus fibromateux. La percussion révèle une matité remontant très haut sous les fausses côtes. A la palpation, l'utérus apparaît très volumineux, de consistance dure, douloureux à la pression; il a en haut, un contour arrondi. Il remonte au-dessus de l'ombilic. De plus, on trouve chaque fosse iliaque remplie par une masse qui semble appendue aux flancs de l'utérus et la percussion à leur niveau dénote une matité très nette.

Si, maintenant, on passe à l'examen de la région vulvaire, on est surpris de voir que l'hymen est imperforé; on ne peut y introduire la plus petite sonde. Notons toutefois qu'il ne bombe pas en avant.

Le toucher rectal fournit des renseignements très importants. Il permet en effet de constater que tout le petit bassin est rempli par une tumeur de volume régulier, commençant en bas au niveau de l'insertion inférieure du vagin et se continuant en haut du côté de l'utérus. Il semble que le vagin soit fortement bourré. Il existe de violentes douleurs provoquées et spontanées dans l'abdomen, surtout au moment des époques menstruelles. Il n'y a aucun symptôme général alarmant, aucun trouble du côté de la vessie et du rectum, la température est normale, le pouls à 80. Pas de sucre ou d'albumine dans les urines.

Opération le 8 Juillet. — M. Chaput ponctionne l'hymen en son milieu à l'aide de sa pince-trocart. Il s'écoule aussitôt du sang noir en quantité (un demi-litre environ); il présente les caractères du sang ayant séjourné longtemps dans l'utérus. Il est poisseux, visqueux, très noir.

L'opération est complétée par un débridement vulvaire latéral gauche.

L'utérus et le vagin ainsi évacués, le doigt introduit dans le vagin permet de constater l'existence :

En bas, immédiatement au-dessus de l'hymen; d'un petit diverticule vaginal de 3 centimètres de hauteur; au-dessus : d'un petit rétrécissement en forme de diaphragme admettant à peine l'index.

Au-dessus de ce rétrécissement, d'une cavité vaginale très volumineuse, de 6 centimètres de hauteur; enfin du col de l'utérus extrêmement dilaté; l'utérus paraît se vider complètement. Une tumeur surajoutée à gauche persiste d'abord, puis paraît se vider. La vulve est tamponnée avec des éponges. Une sonde est mise à demeure dans la vessie.

Suites opératoires : 9 Juillet. La malade urine peu. Quantité énorme de matières fécales dans le rectum. Tuméfaction très douloureuse de l'abdomen à droite.

Après-midi, mauvais état général. Température : 37°; on sent dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur du volume du poing, immobile, douloureuse à la pression et spontanément. C'est l'hématosalpinx de ce côté qui persiste et paraît ne pas vouloir se vider. Rien dans la fosse iliaque gauche. La malade est pâle, affaiblie. Curage du rectum, 500 grammes de sérum.

10 Juillet. — Le matin, on constate une amélioration légèrement mise sur le compte de l'évacuation rectale. Température normale; oligurie.

Dans la soirée la malade paraît très faible, la température est montée à 38°, le pouls est à 140. Une intervention par la voie abdominale paraît urgente. Nous faisons prévenir M. Chaput qui laparotomise la malade à dix heures du soir, pensant avoir affaire à une torsion des trompes. A l'ouverture du ventre, du sang noir s'échappe, environ 200 grammes; les anses intestinales sont légèrement rouges. La trompe droite amenée dans le champ opératoire est volumineuse comme le poing, noire, perforée en un point. De plus, son pédicule est tordu et a effectué 6 tours de spire. Dès qu'une ligature est posée sur lui, la trompe se détord.

La trompe gauche, quoique volumineuse, présente 5 tours de spire; elle n'est pas perforée et a le volume d'une grosse mandarine. Ablation.

11 Juillet. — La malade meurt dans le coma.

Autopsie : pas de liquide purulent dans le ventre, anses intestinales peu distendues, légèrement injectées, liquide noirâtre dans le cul-de-sac de Douglas. Viscères normaux.

L'utérus a subi une hypertrophie générale et mesure quinze centimètres de longueur; les parois ont une épaisseur de un centimètre. Il n'y a pas à proprement parler de portion vaginale du col, l'orifice externe de l'utérus se continue directement avec les parois vaginales. La portion commençante de l'utérus se distingue de la partie terminale du vagin par ce fait qu'il y a, au niveau de leur point de jonction, un ressaut très net et aussi parce que la face interne de l'utérus est lisse, tandis que la paroi vaginale a un aspect réticulé. L'orifice interne de l'utérus admet facilement trois travers de doigt et la cavité intérieure conserve ce diamètre jusqu'à son fond. Le vagin a subi une énorme dilatation et admet facilement sur tout son parcours le diamètre du poing. Les trompes sont énormes, la trompe droite est grosse comme le poing, pleine de sang, bosselée, tendue au maximum. Sa consistance est dure.

En certains points de son trajet, elle mesure jusqu'à cinq centimètres.

Elle est contournée de telle façon que ses extrémités utérines et ovariennes se touchent; au moment de son extraction, ses deux extrémités formaient l'une avec l'autre six tours de spire, et lorsque le fil étant posé on fit la section du pédicule, celui-ci se détordit brusquement. La trompe gauche est plus petite. Elle présente l'aspect d'une cornemuse et pourrait avec raison être comparée à un estomac de fœtus qui aurait été insufflé. Elle mesure en son plus grand diamètre quatre centimètres.

Au moment de l'opération, elle avait subi elle aussi une torsion considérable, pouvant être évaluée à cinq tours de spire. Elle se détordit brusquement aussitôt la section faite.

OBSERVATION n° 9. — Arthur H. N. Lewers M. D. F. R. C. P. Hôpital de Londres. (*Practitioner London*. 1910. L. XXXV, p. 137-142. A. S. — Fille unique, âgée de 18 ans, fut admise à l'hôpital de Londres dans mon service, le 5 Avril 1910.

Elle fut conduite à l'hôpital parce qu'elle n'avait jamais rien vu et qu'elle éprouvait des souffrances chaque mois depuis un an.

En l'examinant, on trouva une tumeur rénitente, contenant évidemment du liquide, qui émergeait du bassin jusqu'à l'ombilic : à la partie la plus élevée de cette tumeur, une seconde tumeur fut sentie, se projetant en haut. On eut la sensation que cette tumeur était un peu plus volumineuse que ne l'eût été le corps normal de l'utérus.

L'appareil génital externe était normal, mais à environ un demi-pouce (un pouce = 0 m.025) de l'orifice vaginal, se trouvait une membrane ferme, tendue, obturant complètement le vagin à ce niveau. Par le rectum, on sentait une tumeur kystique tendue, dans la direction du vagin, comprimant en bas la paroi rectale antérieure.

Le 19 Avril, la malade fut anesthésiée et la membrane vaginale sectionnée au thermo-cautère; cette membrane était beaucoup plus épaisse que normalement, lorsque la membrane se trouva à la partie la plus basse du vagin, et on eut sensiblement plus de difficulté à atteindre la cavité contenant le sang menstruel retenu. Celui-ci, qui avait comme d'habitude la couleur chocolat foncé, s'échappa en abondance.

Au bout d'un moment, l'utérus descendit suffisamment pour être accessible au toucher vaginal. On trouva un col largement dilaté et le doigt traversa aisément l'orifice interne du col dilaté pour pénétrer au-dessus dans une cavité utérine très dilatée. On n'exerça pas de pression sur l'abdomen et on ne fit pas d'irrigation pour chasser le liquide.

Le troisième jour, la température monta à 102° F. et un état fébrile modéré (102,8 F. au maximum) persista jusqu'au 30 Avril. Au cours de cette après-midi, l'opérée devint très sérieusement malade avec des douleurs vives dans la partie inférieure de l'abdomen et un pouls rapide.

Je la vis à 10 h. 30 du soir ce même jour, et il était évident qu'elle était atteinte de péritonite aiguë. Je fis dès lors une laparotomie exploratrice.

A l'ouverture de l'abdomen, il y a un peu de sang liquide libre, légèrement trouble; le péritoine recouvrant les intestins était très congestionné et rouge. En explorant l'état des organes du bassin, on trouva d'abord la trompe de Fallope du côté gauche; elle était dilatée jusqu'au volume d'un poing; on n'eut pas de difficulté à la relever et à l'enlever par le procédé

habituel; la trompe eut une légère fuite pendant la manipulation nécessaire, mais il ne semblait pas qu'elle ait donné avant l'opération.

En explorant le côté droit du bassin, on trouva que la trompe droite s'était également dilatée, mais avait laissé, avant l'opération, s'écouler dans le bassin son contenu (liquide menstruel retenu, semblable à celui évacué du vagin à la première opération). Le contenu échappé avec la trompe distendue avait quelques légères adhérences récentes l'entourant.

La trompe droite fut enlevée et le liquide extravasé épongé aussi complètement que possible. Après quoi le bassin fut lavé avec une solution saline, après protection de la partie supérieure de l'abdomen. On nota que l'utérus était beaucoup plus volumineux que normalement et il avait une profonde dépression dans le sens antéro-postérieur, au niveau du fond, ayant, vu à travers le péritoine, quelque peu l'apparence d'un utérus bicorné. L'abdomen fut fermé sans drainage.

La malade alla très bien après cela, et le 10 Mai, la température était complètement normale et resta telle.

Une complication de moindre importance, due à la difficulté de connaître la position exacte et les rapports de la membrane obturante, fut que la vessie fut blessée par la cautérisation et il en résulta une fistule vésico-vaginale, dont la cure peut sans aucun doute être obtenue, maintenant qu'une complication plus grande s'est comportée favorablement.

L'examen quelque temps après la convalescence montra que la situation de la membrane obturante était en réalité à 5 millimètres au-dessus de l'orifice du vagin et que sa situation apparente à 2 millimètres de l'entrée du vagin était due au déplacement vers le bas de la membrane, causé par le liquide au dessus d'elle.

Hématocolpos, Hématométrie, sang dans la cavité péritonéale par imperforation de l'hymen.

OBSERVATION n° 10. — (H. Russel Andrews. *J. Obst. Gyn. Brit Emp. London*, XIX. 1911. p. 521-524). — R. H., âgée de 14 ans, vint à l'Hôpital de Londres à la fin d'avril 1911. Elle n'a jamais été réglée. Elle se plaignait de douleurs dans la partie basse et postérieure de l'abdomen, qui la faisaient souffrir depuis quatre mois. La douleur cessait pendant quelques jours et revenait à quelques jours d'intervalle : elle éprouvait aussi une douleur sourde dans le rectum, calmée par la défécation. Pendant les crises de douleur la miction était fréquente. Parfois la malade ne pouvait pas expulser son urine quoiqu'elle en ressentit un besoin fréquent.

Signes physiques : Dans l'hypogastre, à gauche de la ligne médiane, était une tumeur kystique, lisse et arrondie, facile à mobiliser. Au-dessous et en arrière d'elle, une grosse tumeur émergeait du bassin. On constatait l'existence d'une membrane confondue avec l'hymen et bombant en bas.

Le toucher rectal montra que le vagin était distendu par du liquide.

La malade fut envoyée dans mon service avec le diagnostic d'hématocolpos avec dilatation de la trompe gauche. On ne put trouver l'utérus, perché sur le sommet de l'hématocolpos, comme d'habitude. Je pensais que la dilatation d'une trompe n'avait probablement pas de rapport avec l'occlusion congénitale de l'orifice du vagin, et je pensais que la tumeur

mobile dans l'abdomen était probablement un kyste de l'ovaire. En ouvrant l'abdomen, je trouvai que la tumeur mobile était l'utérus distendu avec les dimensions d'une grossesse de deux mois, antéfléchi à angle aigu, de telle sorte que quand la malade était dans la station debout, le fond de l'utérus devait se diriger en bas ; les deux trompes et les deux ovaires étaient normaux et il n'y avait pas d'adhérence dans le bassin. Il y avait une petite quantité de sang, anciennement répandu dans la cavité péritonéale, et le contenu de l'abdomen était taché avec du sang qui s'était vraisemblablement écoulé de l'orifice abdominal de la trompe de Fallope. L'hématocolpos fut évacué par le procédé habituel, et laissa écouler environ une pinte et demie de liquide. L'orifice cervical fut trouvé largement dilaté. Lorsque le fond de l'utérus fut repoussé en haut, son contenu s'écoula par le vagin. Il ne s'échappa pas de sang frais dans la cavité abdominale pendant l'évacuation de l'utérus et du vagin ; la malade guérit sans incident.

OBSERVATION n° 11. — (Peter Horroks, *Lancet* 1905. P. 1247). — « La malade, une jeune fille de 15 ans, commença par ressentir des douleurs dans la région lombaire et dans la partie basse de l'abdomen, ce qui fit penser à l'établissement de ses règles ; il n'y avait pas trace de sang, mais comme les douleurs revenaient environ une fois par mois, la mère de la jeune fille adopta diverses méthodes de traitement, telles que mettre l'enfant dans l'eau chaude, espérant provoquer la menstruation.

La jeune fille se sentait très bien entre ses accès, mais au bout de neuf ou dix mois, comme les règles n'avaient pas encore apparu, la mère appela le Dr X, ensuite son confrère le Dr Y. Ils examinèrent la jeune fille, découvrirent un hymen imperforé et proéminent, et diagnostiquèrent justement : Rétention des règles.

Ils consultèrent un ouvrage moderne concernant le traitement d'un cas aussi rare, et ils y lurent que le sang menstruel retenu devait être évacué progressivement, en faisant une fine ponction à travers la membrane de l'hymen imperforé. Ce livre parlait du danger d'évacuer rapidement le liquide, en particulier de la contraction de l'utérus, chassant, à travers les trompes, le sang retenu, dans la cavité péritonéale.

Donc, le 22 Novembre 1904, ils appliquèrent un peu de cocaïne et, avec des précautions antiseptiques, ils firent une fine ponction à travers la membrane proéminente. Aussitôt un liquide noir, épais, visqueux, mais sans odeur, commença à s'écouler, et continua de s'écouler pendant les jours suivants, jusqu'à concurrence d'environ deux pintes.

Avant la ponction, la jeune fille était saine et très bien. Mais, en trois ou quatre jours, elle devint malade, fiévreuse, et le liquide qui s'écoulait encore devenait purulent, décomposé, et la jeune fille était dans un état alarmant.

Une semaine après la première ponction, c'est-à-dire le 29 Novembre, après badigeonnage de l'hymen à la cocaïne et des précautions antiseptiques, on fit une incision franche, on irrigua avec de l'eau stérile le vagin et l'utérus, le contenu en étant très fétide. En introduisant la canule, on constata que l'utérus et le vagin ne formaient qu'une cavité, de sorte qu'il n'était pas aisé de dire où finissait le vagin et où commençait l'utérus. En d'autres termes, il était évident qu'il s'agissait d'un cas d'hématocolpos et d'hématométrie. Pendant quelques instants, la malade semblait être un peu

mieux, mais le mal empira rapidement avec les signes de péritonite septique.

Appelé par téléphone par le Docteur Y., je vins aussitôt et vis la malade avec lui, et il était évident qu'elle était atteinte de péritonite septique, bien qu'il n'y eût plus d'écoulement fétide à cause des fréquentes injections iodées. Le pouls dépassait 120, la température était à 101° F., la face était grippée et anxieuse, la langue était sèche et brune, l'abdomen était distendu partout, mais surtout à sa partie inférieure.

La laparotomie restait la dernière chance de salut, et on ne pouvait pas promettre de sauver sûrement par ce moyen la vie de la malade. Heureusement ses parents consentirent à l'opération.

La malade arriva à la maison de santé trois heures après que je l'eusse vue la première fois, et entre temps tout avait été préparé pour l'intervention immédiate. Elle fut d'abord placée en position gynécologique et la vulve fut rasée, et aseptisée autant que possible. L'ouverture faite à l'hymen fut jugée trop étroite et on l'agrandit en incisant l'hymen de chaque côté à sa base. A l'examen vaginal, on constata qu'il était possible de passer le doigt à travers l'orifice cervical et que le col de l'utérus pouvait être alors différencié du vagin. Les cavités de l'utérus et du vagin furent nettoyées avec une solution de formol à 1 p. 500, et enfin bourrées de gaze iodoformée imbibée de la même solution. La malade fut ensuite mise en position de laparotomie.

Aussitôt que l'abdomen fut ouvert par une incision médiane, un liquide louche s'échappa, et en plongeant les doigts dans la cavité pelvienne, un pus nauséabond s'écoula par l'ouverture. Une masse aussi volumineuse qu'un poing d'homme fut sentie siégeant en arrière et à droite de l'utérus et en l'attirant, ce qui fut aisé en raison de l'absence d'adhérences, on constata que c'était la trompe de Fallope droite qui était très distendue. Elle fut enlevée après transfixion et ligature du ligament large; avant d'aller plus loin, on lava la cavité pelvienne avec une solution saline. La fétidité était presque irrésistible et comme plusieurs débris de mauvais aspect, probablement des caillots décomposés, s'échappaient, une grande quantité de liquide salin fut déversée dans la cavité pelvienne pour y créer un courant d'eau rapide et puissant. Sur la partie postérieure de l'utérus, sur le fond du plancher pelvien, ici et là, il y avait des flaqes de lymphé jaune sale, et le péritoine, en général, était rouge et enflammé. Trouvant que le liquide s'écoulant des environs des intestins était fétide, on essaya de réaliser une tâche presque impossible, de nettoyer le péritoine tout entier, car c'était un cas de vie ou de mort, et il semblait que la seule chance de salut pour la pauvre fille était d'être délivrée de ces matières fétides. Avec un tube de métal fixé à un épais tube en caoutchouc adapté à un appareil à douche, tout le contenu de l'abdomen, diaphragme, foie, rate, reins, estomac, intestins furent lavés avec une solution saline dont plusieurs gallons (4 litres 54) furent utilisés à une température de 105 à 110° F. Lorsqu'enfin le liquide de lavage sortit propre, la trompe gauche fut soigneusement examinée, et bien qu'elle fût enflammée sur sa face péritonéale, comme on ne put faire sourdre de pus en exprimant la trompe de l'utérus vers l'orifice abdominal, on décida de donner à la jeune fille la possibilité de conserver cet organe important. Il était évident que nous devions drainer, la seule question étant de savoir si on devait drainer par le Douglas, ou par la paroi abdominale.

N'étant pas certain de l'asepsie du vagin, et le tube de verre de Keith étant un moyen plus rapide et plus simple, j'en employai un, refermai la paroi abdominale, et installai la malade au lit aussi rapidement que possible.

L'opération dura plus d'une heure et le pouls était à 140 à la fin; on administra à la malade du café et de l'alcool toutes les quatre heures d'abord, puis toutes les six heures; on lui fit une injection sous-cutanée de morphine pendant la même nuit. On aspira le liquide du drain toutes les demi-heures. Le jour suivant, le liquide aspiré était de nouveau fétide et purulent; alors une solution d'acide sulfurique (50 p. 100) fut injectée dans la cavité pelvienne par le drain, le liquide étant aspiré aussitôt après. Comme cette solution provoquait des brûlures, le taux en fut réduit à une partie d'acide sulfurique pour deux parties d'eau. On se servit d'une seringue en verre contenant environ deux onces, et on la remplissait deux ou trois fois à chaque séance répétée chaque demi-heure d'abord, puis toutes les heures.

L'état de la malade fut extrêmement critique pendant quelques jours, mais comme elle prenait et conservait une bonne quantité de lait et de décoction d'orge, du café, on avait un léger espoir qu'elle en sortirait.

Le neuvième jour, elle commença à prendre un peu d'alimentation solide et progressivement elle devint capable de bien manger.

Le onzième jour, on remplaça la solution d'acide sulfurique par une solution d'acide borique; le dix-septième jour le drain de verre fut remplacé par un drain en caoutchouc, qui fut remplacé lui-même le vingtième jour par un très petit drain, et finalement par une mince lanière de gaze.

La plaie se remplit de bourgeons charnus sains et la malade se leva le quarante-quatrième jour; elle retourna chez ses parents et le cinquante-neuvième jour elle était réellement bien ».

OBSERVATION n° 12 (résumée). — (Ettore de Minicis; *Gaz. degli. ospedal e delle clin.* 1894, XV, p. 339). — Diagnostic : Atrésie de l'hymen; hémato-colpos; hématosalpinx.

Traitement : Incision de l'hymen imperforé; au quatrième jour, une tumeur allongée fut sentie par le toucher rectal, à gauche de l'utérus; l'hématosalpinx se vida spontanément à travers l'orifice utérin. Suites opératoires : guérison sans incident.

OBSERVATION n° 13. — (O. Thienhous. *Jour. Am. M. Ass.* 1901. XXXVII, p. 194). Diagnostic : Atrésie de l'hymen; hémato-colpos; hématosalpinx double; kyste hématique de l'ovaire.

Traitement : Laparotomie; les deux trompes remplies de sang et le kyste hématique de l'ovaire gauche sont enlevés; au moment où l'abdomen était ouvert, on voyait sourdre du sang à l'orifice abdominal de la trompe gauche. Une petite ouverture faite à l'entrée du vagin évacua deux litres un tiers de sang liquide. Suites opératoires : Guérison.

OBSERVATION n° 14. — Sur un cas d'atrésie du vagin, avec hématomètre, hématosalpinx et kyste hématique par Abraham Brothers B. S. M. D. (*Post. Grad. M. Sch. of Hosp. NY.* 1908, p. 294-339). — Le 26 Novembre 1907, le Docteur H. Lewinsohn m'invita à examiner Miss L. A., qui racontait l'histoire suivante : Bien qu'agée de 21 ans, elle n'avait jamais été réglée. Depuis l'âge de 17 ans, elle souffrait d'une douleur sourde dans la région

inférieure de l'abdomen. Toutes les quatre semaines, la douleur abdominale devenait plus forte et plus aiguë et cela pendant cinq jours. La dernière crise menstruelle avait été un peu moins douloureuse que d'habitude. Depuis quelque temps, elle avait remarqué un grossissement progressif de son ventre.

La jeune fille présentait une belle apparence de prospérité. Les seins étaient bien développés; mais il semblait y avoir une croissance progressive de poils sur le corps et les jambes. L'examen de l'abdomen montrait une proéminence qui, à la palpation, pouvait être nettement délimitée comme remplissant entièrement le côté droit et s'étendant jusqu'à la moitié du côté gauche. La limite supérieure s'étendait jusqu'au-dessus de l'ombilic et présentait un ressaut marqué, immédiatement au-dessus du nombril. La tumeur donnait la sensation de flot à la palpation, et était mate à la percussion.

Localement les organes génitaux externes avaient une apparence normale; le mont de Vénus et la grande lèvre étaient parfaitement normaux. Le clitoris était petit et son prépuce se continuait avec la lèvre inférieure qui, cependant, semblait s'étendre à une courte distance vers le bas. Tout l'espace interlabial était occupé par une fente longitudinale, longue d'environ un demi-pouce, qui fut reconnue comme étant l'orifice de l'urèthre. Au-dessous de celui-ci, une étroite portion de tissu dense et rougeâtre se continuait avec la peau périnéale en arrière. Il n'y avait rien qui indiquât la présence de l'hymen ou du vagin. On passa facilement le petit doigt à travers une vessie spacieuse et l'on put sentir en arrière une tumeur fluctuante. Remplaçant le doigt par un cathéter et passant l'index dans le rectum, on sentit une mince cloison qui représentait l'emplacement du vagin. A une profondeur de deux pouces, quelque chose de dur était reconnu comme étant le col qui, en arrière de ce point, semblait plonger dans la tumeur au-dessus. On fit le diagnostic d'atésie vaginale avec rétention de sang dans l'utérus et la trompe droite. On réexamina la malade trois jours plus tard sous anesthésie; la volumineuse tumeur abdominale, située à droite, était de forme arrondie et s'étendait en haut vers la région hépatique. Son contour supérieur s'incurvait en bas; vers la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, il se continuait avec une seconde tumeur que, par la palpation recto-abdominale, on reconnut comme étant un utérus volumineux. La cloison séparant la vessie du rectum fut réexaminée et reconnue pour avoir, au maximum, un huitième de pouce d'épaisseur. L'impossibilité de tenter quoi que ce soit par en bas était évidente.

Une incision médiane longitudinale, longue d'environ cinq pouces, fut faite à travers la mince paroi abdominale. En ouvrant la cavité abdominale, une volumineuse tumeur arrondie, des dimensions d'une tête d'adulte, fut aperçue présentant l'aspect habituel d'un volumineux kyste de l'ovaire uniloculaire. Dans le côté gauche du bassin, en explorant avec le doigt, on découvrit une trompe distendue avec un ou deux compartiments et des adhérences à un ovaire qui avait les dimensions d'une orange. De nombreuses adhérences autour de cette trompe et de l'ovaire indiquaient l'existence de péritonites ancienne et récente. Il n'y avait pas de sang frais dans la cavité péritonéale. L'utérus, plus volumineux que normalement, donnait au doigt la sensation d'un contenu liquide et atteignait le niveau de l'ombilic. La trompe droite, distendue à son extrémité utérine, présentait l'épaisseur du petit doigt. Elle passait en avant de la tumeur volumineuse située à droite,

dont elle était d'abord nettement distincte à son côté droit et se perdait en arrière dans la paroi de la tumeur avec laquelle elle se confondait inséparablement. Les deux ligaments ronds, bien qu'un peu épaissis, occupaient leur situation normale. Derrière la volumineuse tumeur située à droite, une bride ayant la forme d'une corde, aussi épaisse que le petit doigt, empêchait l'extraction de la plaie de cette tumeur. Par ailleurs, les adhérences de ce côté étaient peu nombreuses et seulement dans le champ inférieur de l'opération.

En sectionnant les adhérences en bas et derrière, une rupture de sa paroi se produisit en un point, et avant qu'on eût pu la saisir dans un « clamp », il put s'échapper environ une demi-pinte d'un liquide couleur chocolat, sans caillot, dans la cavité abdominale. La tumeur, contenant encore une quantité à peu près égale de liquide, fut rapidement saisie au niveau de son pédicule avec des « clamps », qui furent remplacés plus tard par des ligatures, et excisée. L'abdomen fut soigneusement nettoyé et épongé avec des compresses, et l'on fit alors un autre examen : l'apparence des annexes du côté gauche justifiait leur extirpation complète. Il eût été possible de conserver l'utérus, mais pour cela il fallait : ou bien compter sur l'absorption spontanée d'une assez grande quantité de sang contenu dans son intérieur, ce qui aurait pu provoquer à un moment donné de la suppuration; ou bien inciser l'utérus, vider son contenu et suturer la plaie, ou bien le drainer par l'orifice abdominal; ou bien essayer d'atteindre le col et la cavité utérine en s'ouvrant un passage à travers le vagin obturé. Aucune de ces méthodes ne me séduisit dans ce cas particulier et je me dis qu'en somme, comme de toutes façons, les annexes étaient sacrifiées, il n'y avait pas de raison de soumettre la malade à des dangers futurs possibles en conservant un organe qui ne pouvait plus être d'aucune utilité. Donc, je procédai à l'ablation de l'utérus et des annexes en une seule pièce.

Piquant les vaisseaux de chaque côté comme d'habitude, sectionnant le péritoine antérieur et postérieur de l'utérus, le col fut libéré de ses attaches au moyen de ciseaux, et l'on vit qu'il s'ouvrait dans un petit vagin rudimentaire. Le col était distendu avec du sang et aussi volumineux qu'un utérus moyen. Le cul-de-sac vaginal, d'une profondeur de demi-pouce, était rempli d'une petite quantité de liquide ressemblant à du goudron. On voyait cette même substance épaisse, visqueuse, ressemblant à du goudron, sourdre du col et de la cavité utérine. Libérant le col de ses attaches, l'utérus et les annexes gauches furent enlevés d'une seule pièce. La quantité de sang épanché pendant l'opération, qui présentait des difficultés techniques considérables et dura à peu près une heure et demie, fut minime. Je renonçai à l'idée de former un nouveau vagin avec la portion rudimentaire supérieure comme guide, parce que je craignais de prolonger l'opération sans nécessité. Les bords du moignon du vagin furent retournés et suturés l'un à l'autre après en avoir nettoyé à sec la cavité, et le péritoine fut refermé par dessus. Après m'être assuré que la cavité péritonéale était nettoyée à sec avec des éponges, la plaie abdominale fut refermée en trois plans sans drainage. Il n'y eut pas d'incident, et à la fin de la semaine, la malade quittait le lit.

Plusieurs mois plus tard son médecin m'informait qu'elle se portait très bien. Les points intéressants de ce cas sont les suivants : Absence presque complète du vagin avec un utérus et des annexes fonctionnant normalement; l'accumulation de sang pendant une période de quatre années dans le

vagin rudimentaire, l'utérus et son col, les trompes et les ovaires sans rupture.

OBSERVATION n° 15. — Absence partielle de vagin. Rétention du flux menstruel. (*Clinique de Gosselin*. Tome III. 1867). — Le 18 mars 1867, entrainé à la Pitié, n° 19, salle Saint-Jean, Mlle A. Clémence, âgée de 18 ans, exerçant la profession de journalière. Elle avait joui d'une bonne constitution jusqu'à l'âge de 16 ans. A partir de cet âge, elle ressent tous les mois des douleurs dans le bas-ventre, les reins, les cuisses; ces douleurs sont vives, durent de trois à huit jours, subissent des exacerbations qui forcent la malade à s'aliter; depuis quelque temps, elle a des crises très douloureuses. Jamais elle n'a constaté d'écoulement de sang par la vulve, ni de leucorrhée.

Par le palper abdominal, on aperçoit une grosse tumeur arrondie, occupant la ligne médiane du ventre et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans chacune des fosses iliaques et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, on trouve une autre tumeur dure, résistante, mobile, comme la précédente; la tumeur médiane représente l'utérus distendu, les tumeurs latérales, les trompes distendues également.

Par le toucher rectal, le doigt sent la sonde introduite dans la vessie à travers une paroi assez mince. A deux centimètres de profondeur à peine, il sent une tumeur très volumineuse et dure qui paraît remplir une grande partie de l'excavation pelvienne et qui n'est pas nettement fluctuante; donc le tiers inférieur du vagin manque; les deux tiers supérieurs ainsi que l'utérus et les trompes sont remplis de sang menstruel accumulé depuis au moins deux ans.

La malade subit une nouvelle crise menstruelle très violente; cinq jours après cette crise, on l'opère; elle est placée dans la position de la taille périnéale. On fait une incision transversale au devant de l'anus, on décolle au doigt suivant le procédé d'Amussat; on repousse le rectum en arrière l'urèthre en avant; on parvient à la partie inférieure de la tumeur. On la ponctionne au trocart, il s'écoule peu de liquide. On est forcé d'agrandir l'utérus, il sort alors un liquide extrêmement épais, de la couleur et de la consistance d'une crème de chocolat un peu liquide. Quelques jours après, le liquide sanglant est remplacé par du pus; bientôt il se déclare une péritonite généralisée qui emporte la malade.

OBSERVATION n° 16. — Deux cas de rétention des règles dans lesquels la cavité péritonéale contenait du sang libre (fluide). (Henry Russel Andrews). (*J. Obst. et Gynec. Brit. Emp. London*. XIX. 1911, p. 521-524).

Les cas de rétention de règles dans lesquels du sang libre a été trouvé dans la cavité péritonéale semblent être rares. E. F., âgée de 17 ans, fut admise à l'hôpital de Londres le 16 Juin 1905; pendant les trois ou quatre mois précédents elle s'était plainte de douleurs à forme de crampes dans le bas-ventre. Elle n'avait pas été réglée.

Examen de l'abdomen: il y avait une grosse tumeur émergeant du bassin, atteignant presque l'ombilic, mobile d'un côté à l'autre; au sommet de cette tumeur était une masse de consistance plus ferme; sur le côté droit de la tumeur principale, se trouvait une tumeur distincte dans la fosse iliaque; le côté gauche du bas de l'abdomen était libre.

Les organes génitaux externes étaient normaux, excepté qu'il n'y avait pas d'orifice vaginal.

Par le rectum, une tumeur kystique pouvait être sentie, s'étendant en bas jusqu'à environ 5 centimètres de la vulve. Une sonde introduite dans l'urèthre était nettement sentie par un doigt introduit dans le rectum.

Le cas était évidemment celui d'une occlusion de la partie basse du vagin avec rétention du sang menstruel dans l'utérus et la partie supérieure du vagin. Il était très probable que la trompe de Fallope droite était distendue par du sang.

J'ouvris l'abdomen et je trouvai que l'utérus et la partie supérieure du vagin étaient distendus par du sang, l'hématomètre se continuant avec l'hématocolpos sans ligne de démarcation bien nette. La trompe droite de Fallope était distendue par du sang avec les dimensions d'une petite poire, adhérente à un petit kyste de l'ovaire de la même dimension environ ; ils étaient tous les deux déplacés. La trompe gauche et l'ovaire étaient sains ; il n'y avait pas d'autre adhérence que celle entre la trompe droite et l'ovaire. Toutes les cavités de l'abdomen qui pouvaient être vues étaient souillées de sang qui, évidemment, s'était écoulé de l'orifice abdominal de la trompe gauche. Comme la trompe gauche et l'ovaire étaient sains, je ne voulais pas enlever l'utérus ; je refermai l'abdomen, je plaçai la malade dans la position obstétricale et je fis une incision entre l'anus et l'orifice urétral ; ensuite je disséquai entre le rectum et l'urèthre, avec mes doigts et des ciseaux fermés, jusqu'à avoir atteint la portion supérieure du vagin dilaté. Environ deux pintes de liquide épais et noirâtre s'échappa. L'examen de la cavité abdominale montra qu'il ne s'échappait pas de sang de l'orifice de la trompe gauche tandis que le contenu de l'utérus et de la partie supérieure du vagin s'écoulait au dehors. La paroi abdominale fut suturée et le vagin irrigué, et on y plaça une compresse qui fut enlevée le lendemain et remplacée par un gros drain.

Onze jours plus tard, on essaya d'attirer en bas la paroi vaginale et de la suturer à la peau du vagin ; la tension fut telle cependant qu'il fut nécessaire de disséquer deux lambeaux de la peau et de la muqueuse de la vulve et de les greffer dans le vagin, et il devint alors possible de recouvrir toute la surface qui était à vif. Le vagin fut bourré de gaze qui fut enlevée quelques jours plus tard et remplacée par un tube de verre. Lorsque la malade quitta l'hôpital, elle avait un vagin entièrement recouvert de muqueuse ou de peau, mais plutôt étroit à sa partie inférieure.

Quelques Maîtres diront que j'ai adopté un mauvais traitement dans ce cas ; que j'aurais dû enlever l'utérus, et quelques-uns iront même jusqu'à dire que j'aurais dû enlever aussi l'ovaire gauche. Il est presque certain que cette malade ne pourra pas avoir un travail normal si elle devient enceinte, mais je préfère ne pas asexuer une malade, lui donner une chance de mariage et faire l'opération césarienne si elle devient enceinte, plutôt que d'enlever une trompe, un ovaire et un utérus sains, de l'empêcher matériellement de devenir femme et complètement de devenir mère.

OBSERVATION n° 17. — Imperforation du vagin avec hématocolpos. Opération. Malformation des organes génitaux internes. Torsion de la trompe droite. (Delmonet, Monnet. *Bull. de la Société anat. de Paris*, 1904. L. XXIX, p. 802). — Gabrielle L., ouvrière âgée de 18 ans, entre le

2 Décembre 1904 à l'hôpital Boucicaut dans le service du Docteur Chaput.

Antécédents héréditaires : père mort de cancer de l'estomac. Mère bien portante, mais névropathe, frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Passé physiologique normal jusqu'à 16 ans. A ce moment, les seins se développent, et concurremment s'établissent des troubles intellectuels qui nécessitent l'entrée de la malade dans une maison de santé.

Actuellement, elle entre à l'hôpital parce qu'elle n'est pas réglée et qu'elle éprouve chaque mois de violentes douleurs dans les fosses iliaques, douleurs qui durent trois ou quatre jours et sont accompagnées des symptômes généraux, tels que nausées, lypothymies, etc. Depuis quelque temps, deux mois environ, la durée de ces douleurs augmente, en même temps que leur apparition devient de plus en plus fréquente. Les nausées sont continuelles ; la température est de 38 degrés en moyenne. La malade apparaît comme une forte fille, pèse 65 kilos, mesure 1 m. 70. Le squelette est bien développé, mais la masse musculaire des membres n'est pas en rapport avec le volume du tronc. On remarque un certain degré d'asymétrie faciale, les pommettes sont saillantes, les oreilles sont exagérées dans le sens de la longueur comme celles d'un fauve ; le palais est nettement ogival. Les seins ont un volume normal, sont bien développés, mais ne portent pas de mamelon ; l'aréole est simplement dessinée au centre.

Au palper abdominal, on décèle dans la cavité péritonéale la présence d'une tumeur dont la largeur dépasse celle de la main. Cette tumeur remonte au niveau de l'ombilic et occupe principalement le flanc droit. Elle s'étend d'une part sur une ligne qui passerait en dedans de l'épine iliaque supérieure droite, et d'autre part à droite d'une ligne qui serait menée à un travers de doigt de l'ombilic dans le flanc gauche. Cette masse paraît régulière.

Par le toucher rectal, on sent cette tumeur tomber vers le rectum ; elle semble occuper le cul-de-sac vaginal postérieur et même descendre plus bas.

Le toucher vaginal est impossible ; le doigt se heurte, dès son entrée dans la vulve, à un obstacle muqueux infranchissable. La vulve est petite, mais bien constituée. Le clitoris est peu saillant ; le fond de la vulve est constitué par un plancher muqueux continu, ne présentant qu'un orifice limité par de petites excroissances en forme de petites lèvres. La sonde vésicale introduite par cet orifice est bientôt remplie par l'urine ; on se trouve en présence d'un méat urétral flanqué de deux cæcums peu profonds. Un peu plus bas, et à gauche, au voisinage de la fourchette, il paraît y avoir un deuxième orifice, mais ce n'est qu'un cul-de-sac sans profondeur dans lequel le stylet pénètre à peine. Cette surface ne bombe pas vers l'extérieur, même si on appuie sur le sommet de la tumeur. On reconnaît ainsi la présence d'un hymen imperforé, malformation vraisemblablement liée à une atrésie du segment inférieur vaginal. Le sang menstruel, depuis deux ou trois ans, s'est accumulé dans la poche génitale derrière cet obstacle, et l'a dilatée en formant un hémocolpos. Inférieurement, cet hémocolpos bombe vers le rectum et semble avoir formé dans la cloison recto-vaginale un diverticule situé bien au-dessous de la portion perméable du vagin. Dans son développement supérieur, il s'est constitué dans le flanc droit.

Dans notre examen de l'état général de la malade, nous notons un souffle extracardiaque mésosystolique, sus-apexien, des zones d'anesthésie à la

face interne des jambes, et des zones d'hypéresthésie aux cuisses et aux bras. Les réflexes tendineux ont une tendance à l'exagération.

Le diagnostic d'imperforation de l'hymen avec atrésie du segment inférieur vaginal et hématoocolpos étant posé, l'intervention est pratiquée le 8 Décembre. Une sonde est mise dans l'urèthre comme premier repère, un doigt dans le rectum comme second repère. On dissèque alors suivant une ligne transverse entre les deux organes accolés et sur le doigt rectal. A environ cinq ou six centimètres de profondeur, on tombe sur l'hématoocolpos. La paroi vaginale est abaissée et suturée aux lèvres de la plaie avec des crins de Florence. Un liquide brun sépia, abondant, évalué à un litre et demi, s'est écoulé. Un drain dans le vagin, deux drains latéraux dans le tissu cellulaire complètent l'opération.

Suites de l'opération : Vomissements, avec 38°4 de température; le lendemain, vomissements alimentaires avec 41°2 de température. On ponctionne par le rectum une masse qui proémine, l'agitation continue, le pouls devient incomptable et quelques heures après notre malade succombe.

Autopsie : A l'ouverture du thorax, on trouve dans la région cervicale un thymus très développé de cinq centimètres de long. Le péricarde possède une frange graisseuse très dépressée. Poumons normaux, cœur normal. Foie avec périhépatite, adhérences sur la convexité du lobe droit, péritoine sain ailleurs. Reins normaux. Les anses intestinales sont rejetées pour voir l'ensemble des organes génitaux internes. A gauche, on voit une corne utérine présentant un renflement; ce renflement envoie sous le péritoine à la paroi abdominale un ligament rond. La trompe est flexueuse et longue. L'ovaire, de forme losangique, tient à la corne utérine par un gros pédicule charnu.

Dimensions : Corne utérine : longueur, 4 centimètres. Ovaire : longueur, 4 cm. 2; largeur, 4 centimètres. Trompe : longueur, 16 centimètres.

A droite, la corne utérine est bien plus volumineuse (son axe est de 8 cm. 5); son insertion sur le canal central est extérieurement peu facile à déterminer, car elle continue le canal central génital, comme le bout d'un bonnet phrygien. Elle porte l'insertion d'un gros pédicule utéro-ovarien. L'ovaire est dilaté; il possède des axes un peu supérieurs à ceux de l'ovaire gauche. La trompe, qui fait suite à la corne, est fort longue, apoplectique; son extrémité dilatée par un hématosalpinx a été crevée dans une colpotoomie. L'extrémité infundibulaire est retenue au détroit supérieur par le ligament infundibulo-pelvien.

Suivant l'axe, il existe une torsion simple, dans laquelle est compris le méso de l'ovaire, d'une longueur de 18 centimètres.

En avant, le péritoine est peu soulevé par les ligaments ronds très écartés l'un de l'autre. En arrière, il existe des replis utéro-sacrés, qui limitent un cul-de-sac de Douglas très profond dans lequel le doigt s'enfonce très bas sans pouvoir délimiter nettement ce qui appartient à l'utérus et ce qui appartient au vagin.

Nous pratiquons alors l'évacuation de la masse contenue dans le petit bassin, en rasant avec le couteau les bords de l'entonnoir osseux. Une sonde cannelée est introduite dans l'urèthre et on fend sur elle la paroi antérieure de la vessie. (La vessie n'a rien de particulier, si ce n'est une dilatation marquée dirigée vers la droite et ne portant pas l'insertion de l'ouraque à son sommet. L'ouraque est oblitéré).

Cela fait, on introduit des ciseaux dans l'orifice vulvaire artificiel et le canal génital est fendu jusqu'à l'extrémité de la corne utérine droite; alors on s'aperçoit qu'il n'existe pas de col utérin et ce n'est que par la différence de teinte et d'épaisseur qu'on peut différencier la limite vagino-utérine. La corne utérine droite se continue directement avec le canal central utérin; il existe entre les deux cavités un rétrécissement. La corne utérine gauche débouche dans le canal central par un orifice qu'il ne nous a pas été possible de retrouver, même en cathétérissant la trompe par son pavillon.

En somme, on a la disposition de l'utérus des ongulés, insectivores et carnivores, l'utérus bicorne, stade intermédiaire entre l'utérus bipartite des rongeurs et l'utérus simple des primates.

Voici ses dimensions :

Corne droite : 8 cm. 5.

Corps de l'utérus : longueur, 11 centimètres; largeur, 14 cm. 5.

Vagin : hauteur, 7 centimètres; la portion inférieure du vagin est fixée à la vulve par des crins dans une opération antérieure, pratiquée pour libérer un hémocolpos déterminé par l'imperforation du vagin.

OBSERVATION n° 18. — (G. Webster *Am. J. Obst.* 1895. XXXII, p. 544).

Diagnostic : Atrésie du vagin quart inférieur, hémocolpos; hématosalpinx gauche; hématométrie.

Traitement : laparotomie, péritonite; trompe gauche distendue (hématosalpinx); ablation des trompes et ovaires.

Suites opératoires : Mort au bout de plusieurs semaines, de péritonite.

Autopsie : Utérus augmenté de volume; parois très épaissies, cavité vide; col et portion supérieure du vagin distendus par un liquide épais, grisâtre.

OBSERVATION n° 19. — (Limpson *Am. J. Obst.* 1895. XXXII, p. 544).

Diagnostic : Atrésie complète du vagin, hématométrie, hématosalpinx adhérent à la face postérieure de l'utérus.

Traitement : Construction d'un vagin artificiel; ouverture de la cavité utérine et évacuation du sang retenu. Un an plus tard, vagin rétréci et col fermé; aspiration à travers le col du contenu de l'utérus. Plusieurs mois après, laparotomie et ablation d'une masse kystique située derrière l'utérus.

Suites opératoires : Guérison.

OBSERVATION n° 20. — C. Martin (*Med. Press et Circular*, 1896. II, p. 571).

Diagnostic : Atrésie du vagin (3/4 inférieur); hémocolpos 1/2 supérieur; hématomètre, double hématosalpinx.

Traitement : Laparotomie; hématomètre des dimensions d'une grossesse de six mois, évacué par incision médiane et épongé à sec; ablation des trompes, ovaires, de l'utérus excisé au-dessous de l'orifice interne du col; col suturé à l'angle inférieur de la plaie abdominale; drain en verre.

Suites opératoires : Guérison.

OBSERVATION n° 21. — (Decio *Rasseg d'Ostet. et Gyn.* 1896. V, p. 398).

Diagnostic : Absence complète du vagin; hématomètre et hématosalpinx double.

Traitement : Vain essai d'atteindre le col à travers un vagin artificiel. Laparotomie ; ablation des deux hématosalpinx ; drainage à la gaze. Suites opératoires : Guérison.

OBSERVATION n° 22. — Hématomètre et hématosalpinx avec absence de vagin. (Vitrac. *Revue médico-chirurgicale des Maladies des Femmes*, 1896. XVIII, p. 385). M. Vitrac présente une jeune fille de dix-sept ans, entrée Salle 8, se plaignant de n'être pas réglée et d'avoir de violentes douleurs dans le bas-ventre ; elle est atteinte d'hématomètre avec absence de vagin. Grande, bien constituée, n'ayant dans sa famille aucun antécédent intéressant ; elle a commencé à souffrir il y a un an environ ; les douleurs sont presque constantes, plus exagérées par la marche, la fatigue, surtout depuis quelque temps ; elles n'ont jamais eu le caractère périodique des crises menstruelles.

Au-dessus du pubis, une tumeur dure, irrégulièrement arrondie, douloureuse, très mobile, ayant le volume du poing ; on peut la faire plonger dans l'excavation.

L'examen des parties génitales externes dénote l'existence d'une vulve petite ; l'hymen est perforé ; mais à travers l'orifice central, on voit la muqueuse qui marque le fond d'un cul-de-sac d'un centimètre de profondeur au plus. C'est là tout le vagin de la malade. Le toucher rectal ne décelé pas l'existence d'un épaissement qui unirait ce rudiment de vagin à l'appareil génital interne. L'utérus existe, formant la plus grande partie de la tumeur déjà trouvée au-dessus du pubis ; l'une des trompes, au moins, participe à la formation de cette tumeur, que l'on sent par le toucher rectal, formée de deux lobes principaux, dont le plus gros, hémisphérique et régulier, est à proprement parler, l'hématomètre.

Il n'y a probablement pas d'hématocolpos ; cette absence d'un tronçon vaginal supérieur est regrettable ; elle rendra plus difficile la création d'un vagin. S'il est vrai qu'il n'existe pas de tractus intermédiaire entre le globe utérin distendu et le vagin rudimentaire que cache l'hymen. A cette opération qui va être tentée prochainement, il ne faut pas songer à joindre une réparation par autoplastie ou par greffe.

L'autoplastie pourrait se faire dans certains cas avec des lambeaux muqueux des grandes lèvres, laissés avec leur pédicule, tordus et suturés, ou bien sur la surface cruentée du dédoublement ; mais ici, il serait impossible de tailler dans la vulve de proportions infantiles des lambeaux utiles. Quant à la greffe, elle se fait au moyen de lambeaux de muqueuse vaginale enlevés sur des femmes opérées, par exemple, de colporraphies ; les lambeaux frais sont suturés à la tranche d'avivement, la face muqueuse regardant la lumière du canal à créer et soutenue par un tamponnement spécial, ou bien encore, on a pu faire un manchon de fragments muqueux cousus autour d'un spéculum, la face cruentée en dehors. Le spéculum, ainsi garni, est introduit dans la voie, préalablement creusée entre l'utérus et la vulve ; on tamponne dans le spéculum, il reste plus qu'à retirer celui-ci, tout en le dégageant de sa gaine, des lambeaux muqueux qui resteront ainsi moulés sur le tampon. Ce moyen, bon pour créer un vagin alors qu'il n'y a pas déjà d'utérus, est peut-être bien compliqué pour les cas d'absence complète de vagin avec existence d'utérus, alors que le procédé de dédoublement simple donne si souvent de bons résultats. La malade sera du reste, représentée à

la Société dans une séance ultérieure; on pourra juger des résultats du mode opératoire choisi.

M. Villar: il s'agit bien d'un hématomètre; il n'y a pas d'hématocolpos; le toucher rectal permet d'être affirmatif à cet égard. Le traitement est tout indiqué: il faut créer un vagin artificiel et vider l'hématomètre. Je ne sais quel sera le procédé opératoire employé dans ce cas-là, mais il y a quelques années, j'ai opéré un cas semblable: après le vagin artificiel, j'ai laissé en place un appareil dilateur en caoutchouc pendant deux ans, afin d'éviter un rétrécissement cicatriciel et je crois que cette dilatation a contribué beaucoup aux bons résultats éloignés obtenus chez cette malade.

M. Vitrac pense qu'il serait peut-être possible ici d'essayer un procédé qui a donné quelques succès et qui consiste à transplanter sur la surface avivée des lambeaux de muqueuses vaginales que l'on vient de réséquer sur d'autres malades atteintes de prolapsus.

Opération: La colpoplastie a pu facilement être pratiquée le 17 Juin après incision transversale de l'hymen; une dissection minutieuse a conduit sur le globe utérin fortement comprimé et abaissé par le palper sus-pubien. Entourant un point plus saillant, mais aussi plus dépressible de ce globe, se trouvait une membrane dont la face postérieure avait l'aspect lisse d'une muqueuse. A travers cette membrane, coupée et décollée, l'utérus a été ponctionné et ce centre déprimé d'une région saillante correspondait précisément au col utérin. Environ 300 centimètres cubes de sang brun et épais se sont écoulés aussitôt; la cavité utérine a été lavée, puis un drain fut laissé à demeure. La membrane décollée des faces du col est bien une muqueuse; on y trouve même les plis du vagin normal; les culs-de-sac se trouvent constitués autour du col par ledit voile muqueux qui l'obstruait; les bords de ce voile ont été suturés aux bords de la plaie vulvaire, et la malade a été ainsi pourvue très facilement d'un vagin qui a d'emblée trois à quatre centimètres de profondeur.

OBSERVATION n° 23. — (W. Beckett. *Soc. for Pract.*, 1897, XII, p. 447).

Diagnostic: Hématocolpos; hématomètre; hématosalpinx gauche; kyste hématique des deux ovaires.

Traitement: L'utérus est sectionné au niveau de l'orifice interne; ablation de l'hématosalpinx et de l'ovaire kystique à gauche; ablation de la trompe et de l'ovaire kystique à droite. Evacuation de l'hématocolpos.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION n° 24. — (A. H. Fergusson. *Ann. J. of Surg. and Gyn.*, 1898, XI, p. 23).

Diagnostic: Atrésie du col, hématomètre, hématosalpinx double.

Traitement: Laparotomie; ablation des trompes et ovaires. Col fendu transversalement par le vagin: drainage de la cavité utérine.

Suites opératoires: Guérison; malade bien portante un an plus tard.

OBSERVATION n° 25. — (Psaltoff. *Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1900. L. IV, p. 460).

Diagnostic: absence complète de vagin; hématosalpinx du côté droit.

Traitement: échec de l'opération vaginale; laparotomie. Aspiration du

sang de la tumeur suivie de l'ablation du sac. Ablation de l'ovaire kystique gauche; six mois après l'opération, la menstruation par le rectum commença; trois ans après la menstruation par le rectum revenait une fois tous les trois mois.

OBSERVATION n° 26. — (Oui. *Compte rendu de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*. 1903, V. p. 10).

Diagnostic : Absence complète de vagin, hématomètre, hématosalpinx gauche.

Traitement : On se fraie, avec les doigts, un chemin jusqu'au col; incision vulvaire postéro-latérale; la membrane obturant le col est sectionnée; le col est ouvert avec un dilateur utérin; écoulement abondant. Tampon; suture de l'incision vulvaire. Attaque de péritonite six mois plus tard : laparotomie; hématomètre, hématosalpinx enlevé par hystérectomie supra-vaginale. Cautérisation du moignon cervical, drainage par en bas; fermeture de la cavité péritonéale. =

Suites opératoires : guérison.

OBSERVATION n° 27. — (Picqué. *Bull. Médic. de la Soc. de Chir. de Paris*. 1904. XXX, p. 824).

Diagnostic : Atrésie du vagin, tiers inférieur; hémato-colpos, hématomètre, hématosalpinx gauche.

Laparotomie; ablation de l'hématosalpinx gauche; annexes droites normales; utérus, col et tiers supérieur du vagin distendus par un demi-litre de sang. Hystérectomie supra-vaginale.

Suites opératoires : Guérison.



ÉTIOLOGIE

La rétention des règles est rarement le résultat d'une sténose cicatricielle des voies génitales, et presque toujours est due à une malformation congénitale dont les causes nous échappent : les observations précitées n'y font aucune allusion, sauf les observations n^{os} 7 et 17, qui notent la forme ogivale du palais de la malade, et l'observation n^o 1 qui constate que les parents de la malade sont cousins germains; la consanguinité semble, dans ce cas, être le « *primum movens* » de la malformation.

DIAGNOSTIC

I. — *Hématocolpos*.

Le déversement des premières règles dans le vagin ne donne lieu à aucun symptôme caractéristique; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois et même de plusieurs années, lorsque le sang menstruel sans cesse accumulé a distendu le vagin jusqu'à sa limite d'extension qu'apparaissent les symptômes à allure bruyante.

Les grands symptômes sont presque constants et constituent une base solide de diagnostic.

Signes fonctionnels :

- 1^o Aménorrhée chez une jeune fille saine en âge d'être réglée.
- 2^o Douleurs, symptôme constant : à l'hypogastre, dans toute la

partie inférieure de l'abdomen, tantôt sourdes, tantôt vives, continues ou intermittentes, mais le plus souvent augmentées par des crises survenant régulièrement à intervalles de quatre semaines environ et qui durent de trois à huit jours.

Observations : n^{os} 2, 5, 6, 8, 9, 1, 12, 14, 15, 17.

3^e Troubles urinaires pouvant s'accroître jusqu'à la rétention complète d'urine.

Observations : n^{os} 2, 3, 4, 7, 1, 10.

4^e Phénomènes de réaction péritonéale : nausées, vomissements, sensibilité au palper abdominal.

Observations : n^{os} 5, 6, 8, 17.

5^e Troubles psychiques : mélancolie, tristesse, idées de suicide.

Observations : n^{os} 7, 1, 17.

Signes physiques :

1^o Tumeur abdominale plongeant dans le bassin, arrondie, à convexité supérieure, fluctuante dans la profondeur, mate à la percussion, perceptible en avant du rectum par le toucher rectal, à contours arrondis faciles à délimiter par la palpation et par la percussion.

2^o Présence de l'utérus, avec ses caractères physiques normaux, perché sur la tumeur, latéralement ou dans un plan médian.

3^o Enfin, signe de certitude : constatation d'un hymen imperforé, parfois bombant à la vulve avec les apparences d'une tête de fœtus sur le point de se dégager, sous la forme d'une membrane blanc-bleuâtre, tendue sous la pression du liquide; ou constatation d'une atrésie du vagin s'étendant plus ou moins loin en profondeur, ce qui sera facile à déterminer par le toucher rectal qui indiquera exactement la limite inférieure de la poche sanguine; ou par l'introduction d'une sonde dans l'urèthre : le point où la sonde cesse d'être sentie par un doigt introduit dans le rectum indique la limite inférieure de l'hématocolpos.

II. — Hématocolpos. Hématométrie. Hématosalpinx.

Même symptomatologie que dans le cas précédent, mais on constate en outre que :

1^o L'utérus est augmenté de volume et de consistance moins dure que normalement.

Observations : n^{os} 8, 9, 1, 14, 15, 17.

2^o Par la palpation et le toucher rectal, il est souvent possible de déceler les trompes distendues.

Observations : n^{os} 8, 1, 10, 14, 15, 16.

3^o Les crises menstruelles sont plus aiguës, l'utérus se contractant sans doute par un réflexe de défense contre la distension par le sang

qu'il peut refouler par les trompes dans la cavité péritonéale lorsque le vagin est distendu au maximum, et cela sans donner lieu à des symptômes très bruyants.

Observations : n^{os} 7, 9, 10.

III. — *Atrésie complète du vagin.*

Elle est presque toujours compliquée d'hématométrie et d'hématosalpinx, le sang menstruel ne pouvant s'accumuler dans le vagin.

Observations : n^{os} 19, 21, 22, 25.

Symptomatologie analogue à celle des cas précédents. En outre :

1^o Les troubles urinaires sont moins accentués ; le canal de l'urèthre n'étant pas comprimé, il ne peut y avoir rétention d'urine que par voie réflexe.

2^o Une sonde introduite dans le canal de l'urèthre peut être sentie à bout de doigt par le rectum à travers la cloison recto-vésicale, le doigt ne quittant son contact à travers la cloison recto-vésicale que pour arriver sur le col de l'utérus.

3^o La palpation et le toucher rectal combinés permettent de se rendre compte de l'état des trompes et de l'utérus, qui est le plus souvent accessible, n'étant pas, comme dans le cas d'hématocolpos, refoulé dans la partie supérieure de l'abdomen.

IV. — *Vagin normal; atrésie du col.*

Atrésie du col presque toujours compliquée pour les raisons déjà indiquées d'hématométrie et d'hématosalpinx.

Observation : n^o 24.

Le toucher vaginal et le toucher rectal renseignent sur l'état de l'utérus et des trompes.

Le signe de certitude est donné par l'examen au spéculum et l'hystéromètre.

On serait tenté de croire qu'avec une symptomatologie aussi nette, le diagnostic de « rétention des règles », devrait toujours être fait, et sans doute, il suffit d'interroger la malade, de regarder, de palper, pour faire le diagnostic différentiel avec l'appendicite, le kyste de l'ovaire, la grossesse, la péritonite, etc., mais à condition d'y penser, et comme cette affection est rare, il arrive qu'on n'y pense pas.

Observations : n^{os} 7, 1 ; et même les erreurs de diagnostic commises à ce sujet doivent être plus fréquentes que ne semblent l'indiquer les observations de cette thèse, car les diagnostics erronés sont rarement publiés.

Je ne puis, par exemple, citer qu'à titre d'anecdote, l'observation m'en ayant été refusée par l'interne du Service, l'erreur commise

dans ces dernières années par un médecin des hôpitaux qui eut à examiner une jeune fille dont l'abdomen était distendu par une tumeur ayant les apparences d'un utérus gravidé : l'autosuggestion aidant, le médecin entendit les bruits du cœur du fœtus et, soit par suggestion, soit par la crainte de contredire leur Maître, ses élèves déclarèrent les entendre aussi.

La malade fut envoyée dans un Service de Maternité où l'impossibilité de faire le toucher vaginal éclaira le diagnostic d'hématocolpos. La jeune fille avait déclaré au médecin qu'elle avait un amant, mais le coït vaginal était resté impraticable.

Une autre anecdote plus piquante est celle d'un médecin de campagne qui fut appelé auprès d'une jeune fille, laquelle souffrait de vives douleurs au niveau de l'abdomen; il déclara à la famille que la jeune fille était en travail et allait accoucher, mais son attente fut longue et vaine, l'enfant ne progressait pas; le médecin, à bout de patience et inquiet, appela un confrère qui fit le diagnostic d'hématocolpos et incisa l'hymen, permettant l'écoulement d'une énorme quantité de sang noirâtre. (Docteur Dassonville).



TRAITEMENT

I. — *Hymen imperforé, hémocolpos, hématométrie, hématosalpinx.*

Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur à la technique réglée avec tant de précision par le Professeur Lejars (Obs. 6 et 5). Cette technique, raisonnée et logique, a été couronnée de succès dans tous les cas où elle a été rigoureusement suivie (Obs. 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12). L'opérateur du n° 9 fut moins heureux comme résultat : mais la condition *sine qua non* du succès dans cette opération, autant que dans toute autre opération chirurgicale, est une asepsie irréprochable ; or, en opérant la malade de l'observation n° 9 on a introduit un doigt plus ou moins stérile dans le vagin et dans l'orifice dilaté du col ; on ne fit pas d'injection d'eau stérile pour chasser les restes du sang retenu ; d'où infection de ces débris sanguinolents se propageant par l'utérus et les trompes au péritoine : péritonite aiguë.

Il est difficile de tirer une conclusion nette, au point de vue traitement, de l'observation n° 8 ; constatons seulement qu'un doigt a été introduit dans le vagin, qu'on n'a pas donné d'injection vaginale après évacuation du sang menstruel, et que la malade a eu une élévation de température.

L'observation n° 11 prouve qu'il ne faut pas se contenter d'une simple ponction de l'hymen, car c'est précisément créer artificiellement « la fissure étroite » dont le Professeur Lejars signale les dangers (Obs. 6 et 5).

Les observations n° 1, 12, 22 nous prouvent qu'au bout d'un temps plus ou moins long après l'incision de l'hymen, l'utérus et les trompes sont susceptibles de revenir à leur état normal.

Malheureusement, parfois on se trouve en présence d'un hématosalpinx tordu et rompu avec épanchement de sang dans la cavité péritonéale (Obs. 8).

Il est évident qu'aussitôt le diagnostic de rupture tubaire posé (« avec des symptômes du reste analogues à ceux de la rupture tubaire

par grossesse ectopique », Professeur Lejars, obs. 5 et 6), la laparotomie devrait être pratiquée d'urgence, ainsi que l'ablation de la trompe rompue.

La torsion et la rupture de l'hématosalpinx ont été attribuées par quelques auteurs à une évacuation trop rapide du sang menstruel retenu : la technique du Professeur Lejars qui indique de plonger dans l'hymen la lame d'un bistouri « étroit », en vue d'une évacuation lente, préviendrait donc cette complication grave post-opératoire.

De cette étude, il ressort nettement que le mieux est d'exécuter rigoureusement la technique du Professeur Lejars (Obs. n° 6 et 5), laquelle compte à son actif de nombreux succès, et réduit au minimum les risques de rupture tubaire post-opératoire. Si, malgré tout, cette complication se produit, il est indiqué de recourir à la laparotomie d'urgence.

II. — *Atrésie vaginale, hémato-colpos, hématométrie, hématosalpinx.*

Les chirurgiens ont adopté ici deux méthodes opposées :

1^o *Méthode conservatrice* : création de la partie atrésiée du vagin par clivage de la cloison recto-vésicale jusqu'à jonction de la partie supérieure du vagin, siège de l'hémato-colpos : évacuation du liquide menstruel retenu, sous le couvert d'une asepsie rigoureuse ; conservation du vagin artificiel ainsi créé par application des greffes de Thiersch, et dilatation progressive, à l'aide des bougies d'Hégar par exemple. (Voir aussi technique, obs. 22).

Cette méthode enregistre des succès dans les observations n° 16, n° 22, et des échecs dans les observations n° 19, 21, 25, 15 (mort) ; n° 17 (mort).

2^o *Méthode mutilatrice*. Cette méthode consiste à asexuer complètement la malade par une hystérectomie totale ou subtotale et capitonnage de la portion supérieure du vagin ; elle a été appliquée avec succès dans les cas des observations suivantes : n° 14, après échec de la première méthode, nos 20, 21, 23, 24, 25, 26 et 27.

La conduite à tenir dans chaque cas particulier sera dictée par des considérations complexes : état des trompes et de l'utérus, épaisseur de la cloison recto-vésicale, longueur de la portion du vagin atrésiée, état général de la malade, habileté du chirurgien, milieu chirurgical, et enfin il y aurait lieu de tenir compte des desiderata de la malade ou de sa famille, après lui avoir rendu un compte exact de la situation, et et des risques courus *quo ad vitam*, dans l'un et l'autre cas.

Il est évident que la méthode conservatrice sera préférée chaque fois qu'elle sera réalisable avec des chances sérieuses de succès, mais la comparaison des résultats obtenus dans les observations sus-mentionnées ne lui sont pas favorables.

III. — Vagin normal. Atrésie ou sténose du col utérin ; hématométrie ; hématosalpinx.

Les considérations précédentes sont ici applicables quant à l'hématométrie et à l'hématosalpinx ; mais il est plus facile de créer un orifice dans le col utérin qu'un vagin dans la cloison recto-vésicale.

Obs. n° 24 : col fendu transversalement par le vagin, drainage de la cavité utérine, mais laparotomie avec ablation des trompes et des ovaires : guérison.

PRONOSTIC

Le pronostic de rétention des règles est très sérieux, en raison de la possibilité de deux complications redoutables :

1° L'infection : Obs. n°s 9, 11, 15, 18, 26.

2° La rupture de l'hématosalpinx : Obs. n°s 8 et 17.

Sur les 27 observations de gynatrésies rapportées dans cette thèse, nous relevons : 5 morts, soit 15 p. 100.

M. Fuld compte, sur 65 cas de gynatrésies compliquées avec hématosalpinx, 48 morts, soit 73,8 p. 100.

L'étude par M. Bell, du liquide menstruel retenu dans les cas des obs. n°s 3 et 4, a donné les résultats suivants :

Matières solides.	Globules rouges Cellules épithéliales.... Leucocytes vivants	10 p. 100.
Matières solides indéterminées.....		1,60
« Nitrogène » (albuminoïdes). Total.....		1,43
Protéine totale du « Nitrogène.....		9
Mucine.....		grande quantité (non dosée).
Oxyhémoglobine.....		présence.
Méthémoglobine.....		traces.
Acide lactique : acidité à la Phénolphthéine.....		équivalente à 15 cmc. N/10 NaOH p. 100 gr. de liquide.
Calcium.....		0,0126 p. 100
Fibrine ferment.....		0
Fibrinogène.....		0
Examen bactériologique : Liquide stérile.		
Cendres.....		0,34

De cette étude, on peut conclure que :

1° L'acide lactique contenu dans le sang menstruel n'est pas dû au bacille lactique ; son origine est encore inconnue.

2° L'incoagulabilité du sang menstruel est due à l'absence de fibrine-ferment et de fibrinogène, qui sont sans doute détruits ou retenus par la muqueuse utérine ; le sang menstruel se coagule si on l'additionne de sang normal ; il est environ deux fois plus riche en calcium que le sang normal. Si donc on trouve des caillots dans le sang des règles, c'est là une présomption en faveur de l'altération de la muqueuse utérine.

3° La stérilité et l'incoagulabilité du sang menstruel expliquent le caractère peu irritant du sang menstruel qui s'écoule par une trompe dans la cavité péritonéale, et l'absence presque absolue d'adhérence dans ces cas, contrairement à ce qui se produit en toute autre circonstance, en particulier en cas de rupture de grossesse tubaire.

4° La présence de leucocytes vivants, en grand nombre, et le taux élevé d'acide lactique expliquent peut-être la rareté de l'infection spontanée de l'hématocolpos, ou plus exactement de son infection par des microbes préexistant dans l'organisme.

Etude histologique de la membrane obturante.

Des coupes histologiques faites par W. B. Bell (Obs. n° 3), il résulte que dans les cas d'hématocolpos avec occlusion de l'orifice du vagin, la membrane obturante n'est pas toujours l'hymen normal, lequel est constamment dépourvu de glandes (Branca). Or la coupe histologique de la membrane obturante dans le cas de l'observation n° 3 montre que sa face externe est recouverte par un épithélium pavimenteux qui se déprime en beaucoup d'endroits pour former des glandes, ce qui laisse supposer que la muqueuse vaginale contribue, dans une certaine mesure, à la constitution de la membrane obturante.



CONCLUSIONS

1° L'hématocolpos est une affection rare, de diagnostic facile, à condition d'y penser, de pronostic sérieux par suite de l'infection toujours possible, et la technique opératoire minutieusement réglée par le Professeur Lejars (*Chirurgie d'urgence*, page 608), est celle qui réduit les risques au minimum.

2° L'hématométrie et l'hématosalpinx consécutifs à un hymen imperforé sont très rares (4 cas sur 220 cas d'imperforation hyménéale d'après la statistique de Puech, *Ann. Gyn.* 1874), et ne se produisent que tardivement, lorsque le vagin est distendu au maximum ; les douleurs deviennent alors plus vives et durent plus longtemps ; le traitement est le même que dans le cas d'hématocolpos simple ; en cas de complication seulement, rupture d'un hématosalpinx ou infection péritonéale, la laparotomie d'urgence est indiquée.

3° L'hématométrie et l'hématosalpinx sont une complication plus fréquente de l'atrésie vaginale ou du col de l'utérus que de l'imperforation de l'hymen, car le sang menstruel ne peut pas, dans ce cas, s'accumuler dans l'immense réservoir extensible qu'est le vagin.

La méthode de traitement, mutilatrice, ou conservatrice et réparatrice, sera déterminée par de nombreuses conditions inhérentes à chaque cas particulier.

4° Les cas dans lesquels le sang s'écoule par l'orifice abdominal de la trompe dans la cavité péritonéale sont relativement fréquents (Obs. nos 8, 6, 10, 12, 15, 18), mais il faut tenir compte en outre de ce que l'abdomen n'est pas toujours ouvert en cas de rétention de règles.

5° Le sang menstruel épanché dans la cavité péritonéale ne se coagule pas, s'il n'est pas mélangé au sang normal, comme dans le cas de rupture tubaire ; il est peu irritant, a peu de tendance à pro-

voquer la constitution d'adhérences qui sont, dans ces cas, toujours grêles et peu résistantes; et cela, sans doute parce que le sang menstruel est stérile et ne contient ni fibrinogène, ni fibrin-ferment.

6° La membrane obturant l'orifice vaginal n'est pas toujours l'hymen normal (cas de l'observation n° 2), mais l'hymen et la muqueuse vaginale peuvent prendre part à sa constitution.



Vu : le Président,
F. LEJARS

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. POINCARÉ

INDEX

AVANT-PROPOS.	5
PLAN	6
PATHOGÉNIE DE LA RÉTENTION DES RÈGLES.	7
OBSERVATION 1 (Observation personnelle).	8
— 2 (W. Bell).	9
— 3 (Idem.)	10
— 4 (Idem.)	10
— 5 (Prof. Lejars)	11
— 6 (Idem.)	11
— 7 (Dr. Dujarrier)	13
— 8 (Paul Morely, int. des Hôp., service de M. Chaput)	14
— 9 (Arthur H. N. Lewers M. D. FRCP).	16
— 10 (H. Russel Andrews).	17
— 11 (Peter Horroks. <i>Lancet</i>)	18
— 12 (Résumée. — Eltore de Minicis).	20
— 13 (O. Thienhous).	20
— 14 (Abraham Brothers B. S. M. D.)	20
— 15 (Clinique de Gosselin).	23
— 16 (Henry Russel Andrews)	23
— 17 (Delmonet, Monnet).	24
— 18 (C. Webster).	27
— 19 (Limpson).	27
— 20 (C. Martin)	27
— 21 (Decio).	27
— 22 (Vitrac)	28
— 23 (W. Beckett.)	29
— 24 (A. H. Fergusson).	29
— 25 (Psaltoff)	29
— 26 (Oui)	30
— 27 (Picqué).	30
ETIOLOGIE.	31
DIAGNOSTIC.	31
I. — Hématocolpos	31
II. — Hématocolpos, hématométrie, hématosalpinx	32
III. — Atrésie complète du vagin	33
IV. — Vagin normal ; atrésie du col.	35
TRAITEMENT	35
I. — Hématocolpos, hématométrie, hématosalpinx	35
II. — Atrésie vaginale. hématocolpos, hématométrie, hématosalpinx	36
III. — Vagin normal. Atrésie ou sténose du col utérin ; hématométrie ; hématosalpinx.	37

PRONOSTIC.	37
ANALYSE CYTOLOGIQUE ET CHIMIQUE DU SANG MENSTRUEL RETENU (hématocolpos, obs. n ^{os} 2 et 3) par W. Bell.	38
ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE LA MEMBRANE OBTURANTE.	38
CONCLUSIONS	39



Coulommiers. — Imprimerie DESSAINT ET C^{ie}.
